

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 3

Site Web de la revue: rufso.org

DOI de la revue: 10.55272/rufso.rjsse

Article de Recherche:

Langue : Français

Titre : Contribution de l'assurance maladie au financement de la santé des pays africains. Cas du Niger

Auteur : NIZEYIMANA Jean Baptiste; NSENGIYUMVA Lucien

Publiée: 10 avril 23

Contribution de l'assurance maladie au financement de la santé des pays africains.

Cas du Niger

Par

Pr NIZEYIMANA Jean Baptiste
Distant Production House University
E-mail: jebanize@gmail.com

Et

NSENGIYUMVA Lucien
Institut Régional IRIMAG/CFM
E-mail: nsengiyumva.lucien@yahoo.fr

Resumé

Dans la plupart des pays à faible revenu, les réformes du financement de la santé favorisent l'assurance sociale et la micro-assurance de santé, afin de réduire les dépenses directes des patients. Trois phases de développement peuvent être distinguées dans les pays africains: dans un premier temps, les régimes ont été développés uniquement pour le secteur formel, puis la micro-assurance santé a ciblé le secteur informel, et enfin, l'assurance santé a été incluse dans des plans plus vastes visant à atteindre une couverture universelle. L'impact de l'assurance maladie est encore difficile à évaluer. Si les bénéficiaires ont un meilleur accès aux services de santé, le financement du secteur de la santé n'est pas significativement amélioré, et il n'y a pas de changement dans le comportement des professionnels, en particulier dans les établissements publics. Malgré leurs limites, les régimes sociaux d'assurance maladie continuent d'être mis en œuvre, mais dans le cadre d'un système de financement hybride, adapté aux capacités des pays à faible revenu.

Mots-clés: Assurance maladie-Pays africains-Réformes-Financement de la santé

Introduction

Les régimes d'assurance maladie sont de plus en plus reconnus comme un outil de financement des soins de santé dans les pays à faible revenu (OMS 2000). Étant donné la forte demande latente de la population pour des services de santé de bonne qualité et l'extrême sous-utilisation des services de santé dans plusieurs pays, il a été avancé que l'assurance maladie sociale pouvait améliorer l'accès à des soins de santé de qualité

acceptable. Alors que les autres formes de financement des soins de santé et les stratégies de recouvrement des coûts telles que les frais d'utilisation ont été critiquées par de nombreux auteurs (par exemple Gilson 1998), l'option de l'assurance semble être une alternative prometteuse car elle permet de mettre en commun les risques, transférant ainsi les coûts imprévisibles des soins de santé vers des primes fixes (Griffin 1992). Toutefois, certains éléments indiquent que ni l'assurance maladie sociale purement statutaire ni les régimes d'assurance commerciale ne peuvent à eux seuls contribuer de manière significative à l'augmentation des taux de couverture et, partant, de l'accès aux soins de santé. En particulier dans les zones rurales et isolées, les coûts unitaires de transaction des contrats sont trop élevés, ce qui conduit souvent à une défaillance de l'État et du marché (Jütting 2000). Récemment, principalement en Afrique subsaharienne mais aussi dans divers autres pays, des régimes d'assurance maladie à but non lucratif, mutualistes et communautaires ont vu le jour (Bennett et al. 1998, Wiesmann et Jütting 2001, Jakab et Krishnan 2001)³. Ces régimes se caractérisent par une éthique d'entraide, de solidarité et de mise en commun collective des risques de santé (Atim 1998). Dans plusieurs pays, ces régimes fonctionnent en collaboration avec les prestataires de soins de santé, principalement les hôpitaux de la région.

Les partisans de ces systèmes affirment qu'ils peuvent améliorer l'accès aux soins de santé (par exemple, Dror et Jacquier 1999). Les résultats des quelques études disponibles à ce jour sont toutefois moins optimistes (par exemple, Bennett et al. 1998, Criel 1998, Atim 1998). Il est avancé que la réserve de risques est souvent trop petite, que des problèmes de sélection adverse se posent, que les régimes dépendent fortement des subventions, que des difficultés financières et de gestion se posent et que la durabilité globale ne semble pas assurée. Alors que ces études constituent des contributions importantes à notre connaissance des forces et des faiblesses des régimes en général, le contexte dans lequel ces régimes ont été introduits et les objectifs des régimes eux-mêmes n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante. De même, les avantages sociaux potentiels des régimes, c'est-à-dire leur impact sur l'accès aux soins de santé, la productivité du travail et la capacité de gestion des risques des ménages, ont été largement ignorés. Dans ce contexte, ce document analyse si les mutuelles de santé améliorent l'accès aux soins de santé dans les zones rurales du Niger.

Nous abordons deux questions principales: Quels sont les déterminants socio-économiques importants expliquant l'adhésion à un régime d'assurance maladie en Afrique? Nous identifions ainsi les facteurs importants qui influencent la demande d'assurance maladie. Deuxièmement, quel est l'impact des régimes sur l'utilisation des soins de santé et le niveau de protection financière?

1. Le système de santé au Niger

Le Niger a l'une des économies les plus pauvres du monde et souffre de fréquentes périodes de sécheresse sévère qui réduisent ses ressources alimentaires, ce qui a eu un impact négatif sur la santé de la population. En outre, l'instabilité politique et la corruption qui ont marqué l'histoire du pays ont contribué à la médiocrité des conditions sociales, sanitaires et sociales.

Fournisseurs de soins de santé

Les hôpitaux publics sont principalement situés dans la capitale Niamey, ainsi qu'à Maradi, Zinder et Tahoua. Dans les villes plus petites, il existe des centres médicaux. Il existe également une poignée d'hôpitaux et de cliniques privés au Niger. Cela dit, les soins de santé au Niger sont essentiellement assurés par des organisations caritatives, religieuses et non gouvernementales. Les aides-soignants internationaux travaillent dans les établissements publics du Niger et soutiennent des projets de santé administrés dans les communautés urbaines et rurales.

Qualité des soins

Les infrastructures de santé au Niger sont inadéquates par rapport aux normes occidentales et le pays n'est pas en mesure de répondre aux besoins de sa population en matière de soins de santé en raison d'un financement insuffisant. Le ratio médecin-patient est l'un des plus faibles au monde et le pays est régulièrement confronté à des pénuries de personnel de santé, d'équipements médicaux et de médicaments de base.

Épidémies

Le Niger est vulnérable aux épidémies de maladies infectieuses en raison de sa faible capacité à gérer et à contrôler les maladies transmissibles de manière appropriée. Le manque de ressources en matière de soins de santé, les mauvaises conditions sanitaires et l'accès limité à l'eau potable exposent ce pays en développement à un risque élevé d'épidémies.

Les maladies transmissibles les plus répandues sont, entre autres, les infections respiratoires, l'hépatite A, le paludisme, la rage, la rougeole, le tétanos et les infections parasitaires et bactériennes d'origine hydrique.

Vaccination

Il est recommandé aux expatriés et aux voyageurs qui se rendent au Niger de se faire vacciner contre l'hépatite A, la typhoïde, la polio, la fièvre jaune, les maladies à méningocoques et la rage. Veuillez consulter votre médecin généraliste avant de partir.

Assurance maladie privée pour les expatriés au Niger

Vous cherchez à obtenir un régime d'assurance maladie complet au Niger ? Ne cherchez pas plus loin que Pacific Prime, car nous nous associons aux meilleurs assureurs pour proposer des régimes d'assurance maladie pour expatriés aux ressortissants étrangers au Niger. Cela vous permettra d'accéder à des services de santé de qualité partout dans le monde, d'éviter de payer de votre poche et de bénéficier de nos services à valeur ajoutée de premier ordre.

Régimes internationaux d'assurance maladie

Une assurance maladie internationale vous garantit l'accès aux meilleurs traitements médicaux disponibles, où que vous soyez dans le monde, sans avoir à vous soucier des coûts.

Nos régimes d'assurance médicale pour expatriés sont entièrement personnalisables, ce qui signifie que vous pouvez adapter les prestations, les limites et les niveaux de couverture du régime afin qu'il réponde au mieux à vos besoins et à votre budget. Choisissez parmi des centaines de plans proposés par les meilleurs assureurs du monde entier par l'intermédiaire de Pacific Prime.

Pacific Prime est l'un des principaux fournisseurs d'assurance maladie internationale conforme à la législation locale. Nos conseillers sont hautement qualifiés pour proposer aux expatriés mobiles du monde entier et à leurs familles les solutions d'assurance les mieux adaptées auprès des principales compagnies d'assurance. Pour commencer, tout ce que nous avons besoin de savoir, c'est votre lieu de résidence et votre âge.

On peut simplifier l'assurance en expliquant les détails les plus pertinents de votre couverture santé, et en vous aidant non seulement à trouver et à comparer les plans, mais aussi à gérer les demandes de remboursement et les renouvellements.

2. Revue de la littérature

En nous appuyant sur les relations décrites dans le cadre conceptuel, nous allons dans ce qui suit

brièvement les résultats d'études antérieures sur la Mutuelle de Santé avant de présenter quelques données empiriques sur les comportements et les résultats en matière de santé dans d'autres contextes de pays en développement en général. Cette dernière revue ne sera pas exhaustive mais présentera seulement une sélection d'études qui ont réussi à évaluer différents régimes d'assurance maladie en mettant l'accent sur les aspects suivants de santé dans les pays en développement de manière méthodologiquement saine, ce qui permet de déduire une relation de cause à effet entre les deux.

2.1 Etudes antérieures sur la Mutuelle de Santé et leurs conclusions

L'une des premières études sur les mutuelles de santé a été réalisée par Schneider et Hanson (2006). L'objectif principal de ce travail est d'étudier l'impact de l'assurance maladie sur les paiements de soins de santé. En utilisant une approche de régression, les auteurs comparent les indices de concentration des groupes assurés et non assurés afin d'évaluer le degré d'inégalité dans l'utilisation des services de soins de santé de base. En outre, une approche fondée sur des normes minimales¹⁰ est utilisée pour évaluer dans quelle mesure les dépenses de santé à la charge des patients augmentent la pauvreté. L'analyse est basée sur les données d'enquêtes auprès de 3 139 ménages interrogés en 2000 dans le cadre de l'introduction de l'assurance maladie communautaire. Les résultats obtenus à l'aide de ces deux méthodes indiquent que les dépenses de santé à la charge des patients ont peu d'impact sur la situation socio-économique des ménages assurés et non assurés. Toutefois, l'absence de couverture d'assurance maladie semble constituer un obstacle considérable à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les groupes les plus pauvres, et contribue ainsi à accroître les inégalités horizontales dans l'utilisation des services.

Plus récemment, Saksena et al. (2011) ont également examiné l'effet de l'ICM sur l'utilisation des soins de santé et la protection contre les risques financiers. Leur analyse empirique est basée sur des données plus récentes, bien qu'également transversales, de l'enquête sur les conditions de vie 2005/6 (EICV II). Contrairement à Schneider et Hanson (2006), l'analyse de Saksena et al. (2011) utilise une approche de régression employant des estimations logistiques pour l'utilisation des services de santé et des estimations logistiques ordonnées analysant l'effet de l'assurance maladie sur les paiements directs en tant que part de la capacité de paiement. Les auteurs ont répondu aux préoccupations concernant l'endogénéité de l'assurance maladie dans cette configuration en utilisant les tests de Durbin-Wu-Hausman. Sur la base de leur analyse, les auteurs constatent également que l'affiliation à la Mutuelle est associée à une utilisation significativement plus élevée des services de santé. En termes d'ampleur, les assurés utilisent presque deux fois plus de services que leurs homologues non assurés. Contrairement aux opinions avancées par Schmidt et al. (2006), les résultats de Saksena et al. (2011) indiquent que l'ICM a un effet plus important sur l'utilisation des services de santé dans les quintiles de revenus inférieurs que dans les quintiles de revenus supérieurs, ce qui suggère que le système d'ICM réduit en fait l'écart d'utilisation entre les riches et les pauvres. En ce qui concerne l'aspect de protection contre les risques financiers de l'ICM, les résultats de l'étude indiquent une influence positive de l'assurance maladie. Les dépenses de santé catastrophiques étaient, par exemple, quatre fois moins élevées dans les ménages assurés que dans les ménages non assurés. Toutefois, l'étude souligne également les limites de la protection financière, car plus de 40 % des assurés n'ont pas eu recours aux services de santé lorsqu'ils étaient malades. En outre, 20 % des ménages assurés étudiés ont encore dû faire face à une charge financière élevée lorsqu'ils ont cherché à se faire soigner. L'influence positive de l'assurance maladie sur l'utilisation des services de santé, en particulier parmi les quintiles de population les plus pauvres, est également confirmée par Sekabaraga et al. (2011). Ils constatent que les services liés aux OMD, tels que l'accouchement assisté, les soins prénatals et la vaccination, ont fortement augmenté. Dans la foulée, ils documentent également des preuves de la réduction de la mortalité

infantile et de l'amélioration de la santé des enfants. Toutefois, leur étude n'établit pas de relation de cause à effet entre l'adhésion à l'assurance maladie et la mesure dans laquelle l'état de santé des enfants s'est amélioré.

2.2 L'impact de l'assurance maladie sur les soins de santé et les résultats sanitaires dans les pays en développement Ekman (2004) propose un examen systématique des données relatives à l'assurance maladie à base communautaire (ASBC) dans les pays à faible revenu, en se concentrant en particulier sur la question de savoir si l'ASBC est une option viable pour le financement des soins de santé primaires. Sur ce point, l'auteur ne trouve que peu de preuves convaincantes et conclut que les CBHI ne peuvent être considérés que comme un complément à des systèmes de financement plus efficaces. Toutefois, les études examinées par Ekman (2004) montrent presque uniformément que les CBHI réduisent les dépenses à la charge des patients, offrant ainsi une certaine protection financière aux ménages affiliés. Sur ce dernier point, Chankova et al. (2008) trouvent des preuves divergentes en Afrique de l'Ouest, où l'adhésion à l'ICM protège contre les dépenses catastrophiques liées à l'hospitalisation mais ne semble pas avoir d'effet significatif sur les dépenses directes pour les soins curatifs ambulatoires, qui sont étroitement liés à la couverture des régimes. Dans un autre contexte, à savoir au Viêt Nam, le Health Care Fund for the Poor (HCFP) serait un autre exemple où le régime ne semble pas fournir une protection financière suffisante (voir Wagstaff, 2007). De même, Wagstaff et al. (2009) constatent que l'un des plus grands régimes au monde, le nouveau régime médical coopératif (NCMS) en Chine, n'a pas réussi à réduire de manière significative les frais à la charge des souscripteurs.

En ce qui concerne l'incidence de l'adhésion à un régime d'assurance maladie communautaire ou coopératif sur l'accès aux soins de santé, les études portant sur divers régimes font généralement état d'un effet positif, mais, comme nous l'avons déjà mentionné, avec une hétérogénéité entre les groupes de revenus (voir par exemple Wagstaff et al., 2009 ; Aggarwal, 2010). En Afrique subsaharienne, Jütting (2004) a évalué l'impact du CBHI dans les zones rurales du Sénégal et a constaté que les membres de la mutuelle de santé ont une probabilité plus élevée de recourir à l'hospitalisation et paient beaucoup moins pour les soins nécessaires. Alors que le système était destiné à attirer les pauvres, l'analyse révèle toutefois que les membres les plus pauvres de la société restent exclus. En ce qui concerne les soins aux enfants, Miller Franco et al. (2008), à l'aide d'études cas-témoins portant sur quatre ICM dans deux districts du Mali, constatent que les membres inscrits aux ICM sont trois fois plus susceptibles d'emmener les enfants atteints de diarrhée dans un établissement de santé et deux fois plus susceptibles de faire dormir les enfants de moins de cinq ans sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, fournissant ainsi des preuves positives sur les canaux de transmission décrits dans la section 3. D'autre part, Yilma et al. (2012), par exemple, trouvent des preuves d'aléa moral dans la région de Brong Ahafo au Ghana, l'adhésion à l'assurance maladie réduisant en fait l'utilisation des moustiquaires, en particulier lorsque le coût de la prévention, c'est-à-dire l'obtention de la moustiquaire, est élevé.

Si l'on passe de l'accès aux soins et à la prévention aux résultats de santé plus spécifiquement, dans le contexte des pays développés, un certain nombre d'études ont déjà examiné le lien entre l'assurance maladie et l'état de santé. Ces études sont bien résumées dans Levy et Melzer (2008), la plupart des preuves indiquant une influence positive de l'assurance maladie sur diverses mesures de santé. Toutefois, les auteurs soulignent également que la plupart des études n'ont pas été en mesure jusqu'à présent d'établir des liens de causalité pour démêler les relations complexes entre l'assurance maladie, l'utilisation et les résultats. D'un point de vue méta, la multitude de mesures de santé utilisées dans ces études (que nous verrons également plus loin en examinant plus en détail certains travaux récents) complique la comparaison des résultats pour parvenir à une conclusion uniforme. Du point de vue des pays moins développés, il existe encore peu de preuves de la contribution de l'assurance maladie à l'amélioration de la santé de la population. Wang et al.

(2009) fournissent quelques éléments sur l'impact de l'assurance maladie sur les résultats en matière de santé dans le cas du programme Rural Mutual Health Care (RMHC) en Chine. À l'aide de données de panel issues d'une étude pré-post traitement-contrôle, ils ont mesuré l'état de santé à l'aide d'une échelle d'évaluation catégorielle en 5 points de l'état de santé perçu et des instruments EQ-5D.

En résumé, même si les mesures utilisées ne sont pas uniformes, les études existantes indiquent plutôt un impact positif de la couverture d'assurance sur la santé de la population. Toutefois, ce résultat peut être sujet à l'hétérogénéité, en particulier si l'on compare les riches et les pauvres. Jusqu'à présent, même si les études ont utilisé des indicateurs anthropométriques pour mesurer les résultats en matière de santé, les hétérogénéités par groupes d'âge n'ont pas encore été explorées. Étant donné que les années entre 0 et 2 ans sont considérées comme essentielles pour le développement de l'enfant, une analyse plus désagrégée pourrait fournir des informations intéressantes et devrait donc être poursuivie.

2. Méthodologie

Après la discussion des résultats obtenus dans d'autres contextes, nous présentons la stratégie empirique utilisée pour l'analyse dans le présent document. Afin d'obtenir une image plus complète de l'impact de la Mutuelle sur la santé, nous examinerons plusieurs aspects interdépendants allant de la maladie, du traitement et de la prévention jusqu'aux résultats en matière de santé, tels que présentés dans le cadre conceptuel.

3. Résultats

Dans la mesure où le développement de l'assurance aborde les principales questions de financement de la santé, il est actuellement pertinent d'évaluer : (1) comment les régimes existants ont réussi à augmenter la demande de services de santé ; (2) quelle flexibilité de financement est associée à l'assurance ; (3) comment les régimes ont amélioré la relation entre les patients et les prestataires. En outre, il convient de se concentrer sur la manière d'éviter l'exclusion des plus pauvres et de traiter les compétences nécessaires à la gestion de l'activité.

1. Augmentation de la demande de services de santé.

Il est prouvé que les ménages affiliés à des régimes d'assurance maladie consomment davantage de services que les ménages non couverts et réduisent ainsi leurs dépenses personnelles. Toutefois, il n'est pas certain que l'aléa moral ne soit pas partiellement responsable de l'augmentation de la demande.

Si l'assurance maladie améliore la situation individuelle des ménages cotisants, il n'est pas certain qu'elle ait un impact sur le financement du secteur. La raison en est le faible taux de couverture de la population. En outre, un certain nombre de régimes existants n'ont pas encore fait la preuve de leur viabilité. En particulier, comme les régimes d'assurance maladie à base communautaire ne regroupent pas suffisamment de membres, ils devraient être regroupés au sein de réseaux bien organisés afin d'avoir accès à des outils communs tels que des fonds de garantie ou de réassurance. Dans le même temps, la mise en réseau permet de mettre en place une gestion professionnelle de l'assurance maladie. L'assurance maladie obligatoire semble être plus durable, même si les régimes décentralisés sont confrontés aux mêmes problèmes que les mutuelles de santé.

2. la flexibilité du financement.

Grâce aux régimes d'assurance maladie, "l'argent suit le patient". Toutefois, il ne suffit pas de garantir l'autonomie financière des prestataires de soins de santé publique. De même, les résultats des régimes d'assurance maladie basés sur les établissements sont plutôt décevants.

En raison de sa réactivité, l'assurance maladie est un mécanisme de financement intéressant. L'ajustement des ressources aux variations du coût du risque est plus facile que dans le cadre d'un budget public. En particulier, le niveau des primes peut être facilement décidé lorsqu'un régime est autogéré, c'est-à-dire gouverné par les représentants de ses membres. Il n'est pas prouvé que les régimes obligatoires offrent la même capacité, surtout lorsqu'ils sont sous le contrôle de l'État.

3. Relations avec les prestataires de services de santé.

Le développement de l'assurance maladie implique la diffusion de contrats entre les tiers payeurs et les prestataires de services. Lorsqu'ils comptent un grand nombre de membres, les régimes sont censés être en meilleure position pour obtenir une amélioration significative de la qualité des prestataires.

Il existe des preuves à l'appui de cette hypothèse, mais les régimes volontaires n'ont pas la même capacité d'influence sur les prestataires que les régimes obligatoires. En effet, les régimes volontaires risquent d'être fréquemment subordonnés aux professionnels pour obtenir des services de qualité. La plupart du temps, leurs pools sont trop petits et les compétences manquent pour évaluer la qualité des services.

Il est clair que la relation entre les prestataires et les assurés dans le cadre de l'assurance maladie communautaire est le principal problème à résoudre pour développer ce type d'organisations. L'ensemble des prestations de ces régimes est souvent limité aux services de soins primaires, parce que les membres, qui en choisissent le contenu, ne font pas confiance aux agents hospitaliers. Ce n'est peut-être pas un bon choix, car les assistants cliniques des dispensaires se comportent souvent mal avec les patients. Quoi qu'il en soit, les hôpitaux confessionnels accueillent beaucoup mieux les patients assurés que les hôpitaux publics. Ils constituent actuellement la catégorie d'établissements qui soutiennent le développement de l'assurance maladie volontaire.

4. Éviter l'exclusion des plus pauvres parmi les pauvres.

Le niveau de prime de l'assurance maladie à base communautaire est très bas dans les pays africains. Il correspond aux ressources des ménages du secteur non formel. Néanmoins, les plus pauvres parmi les pauvres n'ont pas la capacité de payer la cotisation et ne peuvent pas adhérer aux régimes, que ce soit de manière temporaire ou permanente.

Il existe quatre possibilités pour permettre aux pauvres d'accéder aux services de santé, avec ou sans assurance.

La première consiste à ajuster le paiement en fonction de l'agenda des revenus. Dans les zones rurales, les ménages paient la prime une fois par an, lorsqu'ils reçoivent le paiement de leurs récoltes. La deuxième possibilité consiste à accorder des subventions aux prestataires de soins de santé ou des certificats aux pauvres pour un traitement gratuit. Il est prouvé que ces systèmes généraux ne fonctionnent pas, qu'ils encouragent la fraude et qu'ils ne profitent pas du tout aux plus démunis. Une meilleure solution consiste à mettre en œuvre des systèmes spécifiques, tels que des fonds d'actions, qui ont la capacité d'identifier les ménages pauvres et de payer les établissements sous contrat qui acceptent de les traiter. En Afrique, il existe quelques expériences locales de fonds d'équité (Guinée, Mali) et certains pays mettent en œuvre un fonds national avec le même objectif (Maroc, Mali). La dernière possibilité consiste à intégrer les pauvres dans les régimes d'assurance maladie, en finançant les primes au nom des ménages identifiés. Certains régimes d'assurance maladie à base communautaire ont appliqué ce principe dans leur zone d'intervention (Mali, Comores). Dans certains pays, des réformes nationales ont prévu d'intégrer les plus pauvres des pauvres dans des mutuelles de santé, créées pour atteindre la couverture universelle (Ghana).

5. Gestion des régimes d'assurance maladie.

Des compétences professionnelles sont nécessaires pour gérer l'assurance maladie, et l'un des principaux problèmes à résoudre est de trouver des ressources pour améliorer leur niveau, en particulier pour les régimes volontaires. La gestion des risques est coûteuse, ce qui explique pourquoi les compagnies d'assurance à but lucratif sont réticentes à étendre le marché de l'assurance maladie dans la plupart des pays africains.

Les régimes obligatoires ont résolu ou sont en train de résoudre le problème, mais les régimes communautaires ont la seule possibilité de mettre en place des réseaux comprenant des unités de gestion professionnelles ou des contrats avec des sociétés professionnelles. Quelques exemples de tels réseaux peuvent être trouvés (Bénin, Comores, Guinée, Mali), mais le besoin de formation reste important et mérite une attention particulière de la part des promoteurs de l'assurance maladie.

Conclusion

Dans les pays africains plus précisément au Niger, l'impact de l'assurance maladie est actuellement modeste. Par conséquent, les politiques qui suivent cette approche pour améliorer le financement de la santé sont critiquées. En particulier, l'assurance maladie sociale est jugée négativement par certains experts, qui sont en faveur de mécanismes d'assurance pure, ainsi que par ceux qui préfèrent le financement public.

La plupart des critiques à l'encontre de l'assurance maladie sont pertinentes, mais il n'est pas si simple de trouver des propositions alternatives pour atteindre la couverture universelle dans les pays en développement. Les meilleures perspectives consistent à utiliser différents mécanismes et à les combiner dans des systèmes de financement cohérents. L'assurance maladie est alors un élément pertinent des systèmes de financement hybrides. Des exemples de tels mécanismes et principes d'organisation hybrides se trouvent actuellement dans les pays africains et semblent ouvrir des voies prometteuses. Cependant, tant que les professionnels ne seront pas favorables au développement de l'assurance maladie, il sera difficile de mettre en œuvre des systèmes capables d'améliorer la situation financière du secteur de la santé.

4. Références

Aggarwal, A. (2010). Impact Evaluation of India's ' Yeshasvini' Community-based Health Insurance Programme (Évaluation de l'impact du programme indien d'assurance maladie à base communautaire). *Health Economics*, 19(5):5-35.

Alderman, H., J. Hoddinott, et B. Kinsey (2006). Long term consequences of early childhood malnutrition (Conséquences à long terme de la malnutrition chez les jeunes enfants). *Oxford Economic Papers*, 58(3):450-474.

Alderman, H. (2010). Le coût économique d'un mauvais départ dans la vie. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 1:19-25.

Almond, D., et J. Currie (2010). Human Capital Development before Age Five (Développement du capital humain avant l'âge de cinq ans). Document de travail du NBER n° 15827. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research.

Ansah, E. K., S. Narh-Bana, S. Asiamah, V. Dzordzordzi, K. Biantey, K. Dickson, J. O. Gzapong, K.

A. Koram, B. M. Greenwood, A. Mils, et C. J. M. Whitty (2009). Effet de la suppression du paiement direct des soins de santé sur l'utilisation et les résultats sanitaires chez les enfants ghanéens : A randomized controlled trial. *PLoS Med* 6(1):e1000007. doi:10.1371/journal.pmed.1000007

Behrman, J. R., et M. R. Rosenzweig (2004). Returns to Birthweight. *The Review of Economics and Statistics*, 86(2) 586-601.

Case, A., A. Freitag, et C. Paxson (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance (L'impact durable de la santé et des circonstances de l'enfance).

Journal of Health Economics, 24(2):365-389.

Chankova, S., S. Sulybach et F. Diop (2008). Impact of mutual health organizations : evidence from West Africa (Impact des mutuelles de santé : données probantes en Afrique de l'Ouest). *Health Policy and Planning*, 23:264-276